

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección de Casa: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ESPECIFICAR INFORMACIÓN A LIBERARSE:

La información que puede ser divulgada bajo esta Autorización incluye: _____

- Informes de Laboratorio / Patología Informes Operativos
 Informes de Radiología Imágenes de Radiología
 Registros de Facturación Informes Médicos de Emergencia
 Otro _____

MI INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL:

Al marcar cualquiera de las casillas junto a una categoría de información altamente confidencial que se enumeran a continuación, autorizo específicamente el uso y / o divulgación de la categoría de información altamente confidencial indicada al lado del recuadro, si tal información será utilizada o divulgada de acuerdo con esta Autorización:

- Información sobre los servicios de salud mental o retraso mental
 Notas de Psicoterapia creadas por un profesional de salud mental
 Información acerca de las pruebas relacionadas con el VIH / SIDA (incluyendo el hecho de que una prueba de VIH se ordenó, se realizó o se informó, independientemente de si los resultados de estas pruebas fueron positivos o negativos)
 Información sobre las enfermedades transmitidas sexualmente
 Información sobre los servicios del programa de tratamiento de alcohol o abuso de drogas
 Información sobre el asalto sexual
 Información sobre el maltrato o abuso de menores

RECIPIENTE:

Nombre de la persona o grupo de personas a las que MARINA DEL REY HOSPITAL puede revelar mi salud información: _____

Favor de emitir los registros por: CD *o* Papel

Estoy solicitando que los registros identificados anteriormente se manejen de la siguiente manera:

Enviar por Correo a la Dirección Antes Mencionada Voy a recogerlos Núm. de Fax de Oficina / A la Atención de: _____

Un Representante los recogerá en mi nombre (mencione el nombre del *Representante*) _____

Enviar Información a: Continúa la Asistencia Médica Aseguradora Legal Otro

Nombre / Dirección / Teléfono: _____

(Calle, Ciudad, Estado _____

y Código Postal) _____

Marina Del Rey Hospital
A CEDARS-SINAI AFFILIATE



RI0050

**AUTHORIZATION
TO USE AND
RELEASE HEALTH
INFORMATION
(SPANISH)**

PATIENT ID

TÉRMINO:

Esta autorización se mantendrá en efecto:

- A partir de la fecha de esta Autorización hasta _____.
- Hasta que MARINA DEL REY HOSPITAL cumpla con esta solicitud.
- Hasta que se produzca el evento siguiente: _____
- Otro: _____

PROPÓSITO:

Autorizo a MARINA DEL REY HOSPITAL para usar o divulgar información sobre mi salud (incluyendo la información altamente confidencial que he seleccionado anteriormente, si las hay) durante la vigencia de esta Autorización para el(los) siguiente(s) propósito(s) específico(s): [Nota: “a solicitud del Paciente “es suficiente si el Paciente está iniciando esta Autorización”]

- A petición del paciente
- Otro _____.

Entiendo que una vez que MARINA DEL REY HOSPITAL da a conocer mi información de salud al receptor, MARINA DEL REY HOSPITAL no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar mi información de salud a un tercero. El tercero puede que no sea requerido a que se sujete a esta Autorización o a la ley aplicable federal y de California que rige el uso y la divulgación de mi información de salud.

Entiendo que MARINA DEL REY HOSPITAL puede, directa o indirectamente, recibir remuneración de un tercero en relación con el uso o divulgación de mi información médica.

Entiendo que puedo negarme a firmar o a revocar (en cualquier momento) esta Autorización, por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad de mi tratamiento en MARINA DEL REY HOSPITAL; con excepción, sin embargo, si mi tratamiento en MARINA DEL REY HOSPITAL es con el propósito único de crear información de salud para la divulgación al destinatario identificado en esta autorización, en cuyo caso MARINA DEL REY HOSPITAL puede negarse a tratarme si no firmo esta Autorización.

Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta el término de expiración de esta autorización o cuando yo envíe una notificación de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad de MARINA DEL REY HOSPITAL a la dirección que aparece a continuación. La revocación será efectiva inmediatamente después de que MARINA DEL REY HOSPITAL reciba mi notificación escrita, salvo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre cualquier acción tomada por MARINA DEL REY HOSPITAL en virtud de esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación.

Puedo contactar la Oficina de Privacidad de MARINA DEL REY HOSPITAL por correo en 4650 Lincoln Blvd., Marina del Rey, CA 90292, por teléfono al (310) 823-8911 ext. 5274.

He leído y comprendido los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información médica. Con mi firma, por la presente, a sabiendas y voluntariamente autorizo a MARINA DEL REY HOSPITAL a utilizar o divulgar la información sobre mi salud en la forma descrita anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha

Nota: Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización, obtenga las siguientes firmas:

Firma del Representante Personal Autorizado

Relación con el Paciente

Fecha

FOR OFFICIAL USE ONLY: PROCESSED AND COMPLETED BY:

HIM STAFF INITIALS _____ DATE _____

NURSING/HOSPITAL STAFF INITIALS _____ DATE _____